

OFICINA DE COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS DE ALABAMA (ACVCC, ALABAMA CRIME VICTIMS' COMPENSATION COMMISSION)

If you have limited English proficiency, you have the right to language assistance and this language assistance will be provided to you free of charge.

P.O. BOX 231267
MONTGOMERY, ALABAMA 36123-1267
(334) 290-4420
1-800-541-9388 (VICTIMS ONLY)
FAX (334) 290-4455
www.acvcc.alabama.gov

Si posee conocimientos limitados del idioma inglés, tiene derecho a solicitar asistencia en distintos idiomas, que se le proporcionará sin cargo.

INSTRUCCIONES PARA REALIZAR LA SOLICITUD

Lea detenidamente las siguientes instrucciones antes de completar la solicitud.

1. **Al completar el formulario, escriba o imprima con letra legible, en tinta. Inserte N/A para todas las secciones que no sean aplicables a su incidente.**
2. Si necesita ayuda para completar el formulario, póngase en contacto con el Oficial de Servicio a Víctimas (VSO, Victim Service Officer) de la oficina local del abogado del distrito o con ACVCC al número indicado arriba.
3. Envíe únicamente copias de facturas o gastos relacionados con el hecho delictivo. Incluya copias de facturas, recibos y declaraciones de seguros o beneficios relacionados con el hecho delictivo junto con la solicitud, en caso de contar con ellos. Puede enviar copias de facturas médicas adicionales a medida que se extienda el tratamiento. Hasta tanto se reciba la documentación necesaria, no se procesará esa parte del reclamo.
4. Envíe la solicitud a la mayor brevedad posible a la ACVCC. Puede enviarla como documento PDF por correo electrónico a info@acvcc.alabama.gov, por fax al 334-290-4455 o por correo a ACVCC, PO Box 231267, Montgomery, AL 36123-1267. (Tenga en cuenta que PDF es el único formato electrónico que acepta la ACVCC para el envío por correo electrónico). Dispone de un límite de un año desde la fecha del delito para presentar el reclamo.
5. Si la ACVCC le solicita información adicional, debe proporcionarla de inmediato. Si no se recibe la información solicitada en un plazo de cuarenta y cinco (45) días, no se aprobará el reclamo.
6. Debe completarse la información de contacto incluida en la SECCIÓN 1 o la SECCIÓN 2 a fin de procesar el reclamo. Si la ACVCC no puede ponerse en contacto con usted o no hay respuesta a la correspondencia, el reclamo no se aprobará. **Usted es responsable de actualizar su información de contacto en caso de que se modifique.**
7. La información demográfica solicitada en la SECCIÓN 1 (recuadro sombreado) es OPCIONAL. Esta información se recopila con fines estadísticos. No tiene obligación de proporcionar esta información.
8. La SECCIÓN 2 debe completarse si otra persona, que no sea la víctima, presenta el reclamo. Podrá intervenir un demandante en casos en que la víctima haya fallecido, no esté capacitada para hacerlo o sea menor de edad. El demandante debe ser una persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la víctima. Debe presentarse documentación relacionada con dicha autorización. En Alabama, excepto que esté casado, divorciado o sea un menor de edad emancipado, debe ser mayor de 19 años para presentar su propio reclamo.
9. Deben responderse las preguntas incluidas en la SECCIÓN 3 a fin de que la ACVCC pueda procesar el reclamo.
10. Debe completarse la información correspondiente en la SECCIÓN 4 a su leal saber y entender. Deben responderse las preguntas incluidas en la SECCIÓN 4 a fin de que la ACVCC pueda procesar el reclamo.
11. Enumere SÓLO un incidente criminal en esta solicitud. Si hay varios incidentes criminales por los que desea presentar, debe presentar.
12. Una aplicación separada para cada incidente. Debe completarse la información correspondiente en la SECCIÓN 5 en relación con los gastos médicos en los que se incurra en virtud del hecho delictivo.
13. Debe completarse la información correspondiente en la SECCIÓN 6 si desea que se tenga en cuenta el lucro cesante o las pérdidas económicas que se produzcan en virtud del hecho delictivo. Debe presentarse un certificado médico para poder reclamar el lucro cesante.
14. Debe completarse la información correspondiente en las SECCIONES 7 y 9 a su leal saber y entender.
15. La información incluida en la SECCIÓN 8 solo debe completarse en caso de que la víctima haya fallecido.
16. Complete la SECCIÓN 10 si necesita ayuda económica de emergencia. Los otorgamientos económicos tienen lugar en casos de necesidad económica directa derivada de un hecho delictivo violento. Estos otorgamientos suelen estar relacionados con pérdidas de ingresos, gastos de mudanza, indicaciones médicas o limpieza de la escena del crimen. Si solicita un otorgamiento de emergencia con motivo de haber perdido los ingresos, adjunte una declaración de su empleador en la que conste el tiempo perdido en el trabajo y el pago mensual neto (lo que cobra para llevarse a su casa). En caso de solicitar un otorgamiento de emergencia por gastos de mudanza, debe adjuntar los costos estimados o los recibos correspondientes a los elementos solicitados. No suelen realizarse otorgamientos económicos por facturas médicas, excepto que el proveedor de servicio se haya negado a realizar tratamientos pendientes de pago. Tenga a bien solicitarle al proveedor de servicios que escriba una carta para informar al respecto, y adjunte una copia del presupuesto estimado. Si no incluye estos elementos, el procesamiento del otorgamiento de emergencia demorará más tiempo. Hay un máximo de \$1000.

La ACVCC debe recibir los formularios firmados y fechados para poder procesar el reclamo.

No pueden procesarse los reclamos que se presenten en nombre de una víctima menor de edad o por el familiar más cercano de una víctima de homicidio sin una **Declaración jurada del padre o tutor legal de la víctima de un delito** (en caso de que la víctima sea menor de edad) o una **Declaración jurada del cónyuge supérstite o de un familiar cercano** (si se trata de una víctima de homicidio).

También se aceptan copias de documentos.

OFICINA DE COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS DE ALABAMA (ACVCC, ALABAMA CRIME VICTIMS' COMPENSATION COMMISSION)

If you have limited English proficiency, you have the right to language assistance and this language assistance will be provided to you free of charge.

P.O. BOX 231267
MONTGOMERY, ALABAMA 36123-1267
(334) 290-4420
1-800-541-9388 (VICTIMS ONLY)
FAX (334) 290-4455
www.acvcc.alabama.gov

Si posee conocimientos limitados del idioma inglés, tiene derecho a solicitar asistencia en distintos idiomas, que se le proporcionará sin cargo.

LA OFICINA NO ENTREGA COMPENSACIONES POR DELITOS DE PROPIEDAD, ACCIDENTES, ROBO DE IDENTIDAD, DOLOR Y SUFRIMIENTO, U HONORARIOS DE ABOGADOS.

La Oficina solo puede entregar compensaciones por gastos reales.

No se pueden otorgar más de \$15,000 por cualquier reclamo de compensación.

PUEDEN ENTREGARSE COMPENSACIONES POR:

- A) **Gastos médicos:** incluida la atención médica y hospitalaria, los gastos dentales, las recetas, los suministros médicos, la atención psicológica para pacientes hospitalizados, etc. Esto no incluye los gastos cubiertos por el seguro. Las víctimas pueden ser elegibles para recibir un reembolso del 100% por los gastos médicos que él/ella ha pagado de su bolsillo.
- B) **Gastos de rehabilitación:** incluida la terapia vocacional o física, si no están cubiertos por otra fuente.
- C) **Gastos de asesoramiento:** incluye honorarios de consejero, psicólogo y/o psiquiatra por servicios de asesoramiento que están relacionados con la victimización. Los proveedores de salud mental deben estar debidamente autorizados por el organismo regulador apropiado para que la Comisión considere sus servicios para el pago. La consejería está limitada a 50 sesiones por reclamo. Las sesiones de asesoramiento individual pueden ser reembolsadas a: \$80 por hora para consejeros con licencia y trabajadores sociales; \$100 por hora para psicólogos; \$125 por hora para psiquiatras; y \$60 por hora para terapia de grupo.
- D) **Pérdida del trabajo:** trabajo que el demandante o la víctima hayan perdido como consecuencia del delito. **Pérdidas por servicios de reemplazo:** gastos en los que el demandante o la víctima no habrían incurrido si la víctima no hubiese sufrido lesiones o no hubiese fallecido. El otorgamiento máximo por pérdida del trabajo y pérdida de servicios de reemplazo es de **\$400** por semana. La pérdida del trabajo y la pérdida de servicios de reemplazo se limita a 26 semanas.
- E) **Gastos de funerales:** incluye los gastos en los que se incurra por la conmemoración en el hogar, la cremación y los gastos de entierro, incluida la sepultura. Hay un máximo establecido de **\$5000**.
- F) **Gastos de mudanza:** incluye los depósitos de seguridad, los depósitos por servicios públicos y los costos de mudanza. No incluye pagos de alquileres. Pueden otorgarse gastos por mudanza en casos en que el delito haya tenido lugar en la casa de la víctima, la víctima tema razonablemente por su vida si no se muda de su casa, o que sea necesario trasladar las pertenencias personales de la víctima, en caso de ser necesario. Hay un máximo establecido de **\$1000**.
- G) **Futuras pérdidas económicas:** pérdidas económicas para la víctima o para el cónyuge dependiente y los hijos dependientes de la víctima. El otorgamiento máximo posible es de **\$15,000**.
- H) **Honorarios por tutela:** reembolso de honorarios legales en los que se incurra para obtener la tutela de una víctima discapacitada o menor de edad, en caso de que se otorgue la tutela. Hay un máximo establecido de **\$1000**.
- I) **Limpieza de la escena del crimen:** costos razonables en los que se incurre para limpiar la escena del crimen. El proveedor de servicios debe estar certificado, contar con la licencia correspondiente y cumplir con la totalidad de regulaciones federales y estatales aplicables. Hay un máximo establecido de **\$2500**.
- J) **Pérdida de propiedad:** ventanas, cerraduras y anteojos recetados. La Comisión no proporciona pago por propiedad robada.

PUEDEN ACCEDER A UNA COMPENSACIÓN SI:

- A) El delito se informó al organismo de cumplimiento de la ley dentro de un lapso de setenta y dos horas (excepto que haya un motivo justificado comprobable para no haberlo hecho). El motivo justificado debe presentarse por escrito.
- B) El reclamo se presenta dentro de un periodo de un año a partir de la fecha del incidente (excepto que se demuestre un motivo justificado para no hacerlo). El motivo justificado debe presentarse por escrito.
- C) La víctima sufrió una lesión personal grave (incluida una amenaza cara a cara de infringir daño físico) o falleció como resultado de un hecho delictivo.
- D) La víctima o el demandante colaboró con los funcionarios de los organismos del cumplimiento de la ley, la oficina del fiscal, los tribunales y la Comisión.
- E) La víctima o el demandante no era el delincuente, o cómplice del delincuente, y no alentó ni participó del delito de ninguna manera.
- F) El otorgamiento de la compensación no beneficiaría injustamente al delincuente.
- G) No se condenó a la víctima o al demandante por un delito, ni demostró un comportamiento perjudicial a nivel penal tras haber solicitado la compensación.
- H) La víctima o el demandante no contribuyó al hecho delictivo.
- I) La víctima o el demandante es ciudadano de los Estados Unidos, con presencia legal en los EE. UU., o es extranjero elegible para acceder a beneficios públicos. Las víctimas de violencia doméstica y las víctimas certificadas de sufrir trata de personas se consideran extranjeros elegibles para acceder a beneficios públicos, más allá de su condición inmigratoria.
- J) Una fuente colateral no pagó por sus gastos (otra fuente de pago).

OFICINA DE COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS DE ALABAMA (ACVCC, ALABAMA CRIME VICTIMS' COMPENSATION COMMISSION)

If you have limited English proficiency, you have the right to language assistance and this language assistance will be provided to you free of charge.

P.O. BOX 231267
MONTGOMERY, ALABAMA 36123-1267
(334) 290-4420
1-800-541-9388 (VICTIMS ONLY)
FAX (334) 290-4455
www.acvcc.alabama.gov

Si posee conocimientos limitados del idioma inglés, tiene derecho a solicitar asistencia en distintos idiomas, que se le proporcionará sin cargo.

DOCUMENTACIÓN ACEPTABLE COMO PRUEBA DE PRESENCIA LEGAL

Usted debe ser ciudadano de los Estados Unidos, con presencia legal en los EE. UU., o extranjero elegible para acceder a beneficios de compensación. Tanto el demandante como la víctima deben presentar esta prueba.

LISTA A

Si es ciudadano de los EE. UU., debe presentar ante la Oficina una copia de uno de los siguientes documentos:

- ◆ Certificado de nacimiento emitido por una ciudad, condado, estado u otro tipo de organismo estatal perteneciente a los Estados Unidos
- ◆ o sus posesiones periféricas.
- ◆ Certificado estadounidense de nacimiento en el extranjero (FS-545, DS-135) o Informe de nacimiento en el extranjero de ciudadano estadounidense (FS-240).
- ◆ Certificado de nacimiento o pasaporte emitido por:
 1. Puerto Rico posterior al 13 de enero de 1941
 2. Islas Vírgenes de los EE. UU. posterior al 25 de febrero de 1927
 3. Samoa Americana
 4. Distrito de Columbia
 5. Guam posterior al 10 de abril de 1898
 6. Islas Marianas del Norte posterior al 4 de noviembre de 1986
 7. Islas Swain
- ◆ Pasaporte estadounidense vigente
- ◆ Certificado de naturalización (N-550, N-57, N-578)
- ◆ Certificado de ciudadanía (N-560, N-561, N-645)
- ◆ Tarjeta de identificación de ciudadano de los EE. UU. (I-179, I-197)
- ◆ Tarjeta gratuita de identificación de votante de Alabama con fotografía

Si la Oficina no queda conforme respecto de la autenticidad de la copia de uno de los documentos mencionados, podrá solicitar el documento original o una copia certificada para someter a análisis. En caso de haber obtenido su certificado de nacimiento con posterioridad a la fecha del hecho delictivo, la Oficina le reembolsará los costos del certificado de nacimiento si se aprueba el reclamo. La Comisión no efectúa reembolsos por pasaportes.

LISTA B

Si no es ciudadano de los EE. UU., debe presentar una prueba de presencia legal. Para probar la presencia legal, debe presentarse una copia de uno de los siguientes documentos y aguardar la verificación posterior positiva en el sistema de Comprobación sistemática de extranjeros para otorgamiento de derechos (SAVE).

- ◆ I-327 (Permiso de reingreso)
- ◆ I-551 (Tarjeta de residente permanente)
- ◆ I-571 (Documento de viaje para refugiados)
- ◆ I-766 (Tarjeta de autorización de empleo)
- ◆ Certificado de ciudadanía
- ◆ Certificado de naturalización
- ◆ Vista de inmigrante apta para ser leída por máquinas (con idioma I-551 temporario)
- ◆ Sello I-551 temporario (en el pasaporte o I-94)
- ◆ I-94 (Registro de llegadas y salidas)
- ◆ I-94 (Registro de llegadas y salidas) en pasaporte extranjero vigente
- ◆ Pasaporte extranjero vigente
- ◆ I-20 (Certificado de elegibilidad para acceder al estado de estudiante no inmigrante (F-I))
- ◆ DS2019 (Certificado de elegibilidad para acceder al estado de visita de intercambio (J-I))
- ◆ Los documentos que no se encuentren incluidos en esta lista se someterán a una revisión bajo una modalidad caso por caso

Si presenta un documento incluido en la Lista B, su presencia legal se someterá a revisión en el sistema de Comprobación sistemática de extranjeros para otorgamiento de derechos (SAVE, Systematic Alien Verification for Entitlements).

Se presumirá que usted no es extranjero con presencia ilegal en los EE. UU. solo si presenta una copia de uno de los siguientes documentos ante la Oficina para someter a inspección:

- ◆ Licencia de conducir de Alabama válida y vigente
- ◆ Tarjeta de identificación de no conductor de Alabama válida y vigente
- ◆ Tarjeta de inscripción tribal válida u otro tipo de identificación tribal con fotografía u otro tipo de identificador biométrico.
- ◆ Cualquier documento de identificación válido emitido por un gobierno federal o estatal de los EE. UU. con fotografía u otro tipo de identificador biométrico, en caso de ser emitido por una entidad que exija prueba de presencia legal en los Estados Unidos antes de proceder a la emisión.

Si la Oficina no queda conforme respecto de la autenticidad de la copia de uno de los documentos mencionados, podrá solicitar el documento original o una copia certificada para someter a análisis. La Oficina solo podrá otorgar beneficios de compensación a ciudadanos estadounidenses, individuos con presencia legal en los EE. UU. y extranjeros elegibles para acceder a beneficios públicos.

Las víctimas de violencia doméstica y las víctimas certificadas de sufrir trata de personas se consideran extranjeros elegibles para acceder a beneficios públicos más allá de su condición migratoria.

OFICINA DE COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS DE ALABAMA (ACVCC, ALABAMA CRIME VICTIMS' COMPENSATION COMMISSION)

A fin de que se procese el reclamo, debe completar todas las secciones en su totalidad. Debe incluir los adjuntos que sean necesarios.

P.O. BOX 231267
MONTGOMERY, ALABAMA 36123-1267
(334) 290-4420
1-800-541-9388 (VICTIMS ONLY)
FAX (334) 290-4455
www.acvcc.alabama.gov

DO NOT WRITE IN THIS SPACE

CLAIM # _____

DATE RECEIVED _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE LA EXISTENCIA DE LA OFICINA DE COMPENSACIÓN A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS DE ALABAMA?

Organismo de cumplimiento de la ley Abogado del distrito Abogado Medios (TV, Radio, Internet, etc.) Proveedor médico Otro _____

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA

Número de seguro social* Fecha de nacimiento Nombre/segundo Nombre/Nombre de soltero Apellido

Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono particular Teléfono laboral Teléfono celular Otro teléfono Correo electrónico

Estado civil Dependiente(s) Mencione el(los) nombre(s), edad(es) y qué tipo de parentesco tienen con la víctima.
 Soltero/a Seprado/a Divorciado/a Viudo/a Casado/a
Nombre del cónyug

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE RECOPILA EXCLUSIVAMENTE PARA FINES ESTADÍSTICOS. EL ACTO ES VOLUNTARIO Y APLICA EXCLUSIVAMENTE A LA VÍCTIMA.

A los efectos de la presente solicitud, se entiende por persona discapacitada a un individuo que:
1) posea una discapacidad física o mental que limite su capacidad para trabajar;
2) cuente con un registro de dicha discapacidad;
3) se observe que posee dicha discapacidad.

¿ERA DISCAPACITADA LA VÍCTIMA CON ANTERIORIDAD AL DELITO? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	GÉNERO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	RAZA/ETNIA <input type="radio"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Varias razas <input type="radio"/> Nativo de Hawai/de la Polinesia <input type="radio"/> Negro/Afroamericano <input type="radio"/> Blanco no latino/Caucásico <input type="radio"/> Hispano/latino
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE

Completar únicamente si otra persona, que no sea la víctima, presenta el reclamo.

Número de seguro social* Fecha de nacimiento Nombre/segundo Nombre/Nombre de soltero Apellido

Dirección Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico

Teléfono particular Teléfono aboral Teléfono celular Otro teléfono Parentesco con la víctima

SECCIÓN 3. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

¿Se informó el incidente a un organismo de cumplimiento de la ley dentro de las 72 horas? SÍ NO Si la respuesta es NO, explique la razón. ¿Tenía la víctima algún cargo penal en su contra en el momento que se cometió el delito?? SÍ NO Si la respuesta es SÍ, explique la razón.

¿Presentó el reclamo dentro de un lapso de un (1) año con posterioridad al delito? SÍ NO Si la respuesta es NO, explique la razón. ¿Se encontraba la víctima bajo los efectos del alcohol o de drogas ilegales en el momento que se cometió el delito? SÍ NO Si la respuesta es SÍ, explique la razón.

Usted debe notificar a la ACVCC sobre cualquier cambio de dirección. LAS RECLAMACIONES PODRÍAN CERRARSE ANTE LA FALTA DE RESPUESTA A LA CORRESPONDENCIA.

*La presentación de los números de seguro social es voluntaria. Los números de seguro social se exigen para verificar la elegibilidad conforme al Código de Alabama §§ 15-23-1 - 15-23-23. El incumplimiento en la presentación de su número de seguro social podría acarrear un procesamiento más lento de su reclamación.

SECCIÓN 4. DELITOS, LESIONES E INFORMACIÓN RELACIONADA

Tipo de delito (SOLO un incidente por aplicación) Fecha em que ocasionó daño a víctima Fecha de fallecimiento de la víctima

Ataque Delito Sexual Asesinato Accidente Vehicular Violencia Doméstica Otro _____

Lugar donde se cometió el delito- _____ Ciudad _____ Condado _____ Estado _____

En sus propias palabras, describa brevemente el hecho delictivo. Adjunte hojas adicionales, en caso de ser necesario.

Criminal(s) Mencione el nombre, la fecha de nacimiento y el número de seguro social en caso de que lo sepa.	Testigo(s) Mencione el nombre, la dirección y el número de teléfono, si lo sabe

Organismo de cumplimiento de la ley ante el cual se informó el delito _____ Número de teléfono _____ Fecha de la denuncia _____ Hora de la denuncia _____ Nombre del oficial a cargo de la investigación _____

¿Vivía la víctima en la misma casa que el criminal en el momento que se cometió el delito? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	¿Viven en la misma casa en este momento la víctima y el criminal? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	¿Se trató de un incidente de violencia doméstica? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
¿Se firmó una orden judicial? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <i>Si la respuesta es NO, explique la razón.</i>	¿Conocía la víctima al criminal? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <i>Si la respuesta es SÍ, explique la razón.</i>	
¿Se llevó a cabo un arresto? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <i>Si la respuesta es NO, explique la razón. (Si se conoce)</i>	¿Tiene la víctima algún tipo de relación con el criminal? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <i>Si la respuesta es SÍ, explique la razón.</i>	

SECCIÓN 5. GASTOS MÉDICOS/PSIQUIÁTRICOS

Deben enviarse copias de las facturas detalladas y las declaraciones del seguro a la ACVCC.

Describa las lesiones sufridas por la víctima

Mencione los gastos médicos, psiquiátricos, odontológicos, de ambulancia, médicos, hospitalarios, de asesoramiento y orientación, y otros tipos de gastos médicos relacionados con las lesiones sufridas por la víctima. Adjunte hojas adicionales, en caso de ser necesario.

Nombre del emisor de la factura	Teléfono del emisor de la factura	Dirección del emisor de la factura	Costo	Pago del seguro	Pago del solicitante	Pago del víctima	Saldo a pagar

SECCIÓN 6. INFORMACIÓN DEL EMPLEO

Consulte la hoja de instrucciones para conocer los criterios de elegibilidad. Debe completarse esta sección si se solicita la recuperación de salarios perdidos. DEBE PRESENTARSE UN CERTIFICADO MÉDICO ANTE LA ACVCC.

Al completar esta sección, autoriza a la ACVCC a ponerse en contacto con dichos empleadores para corroborar la información sobre empleados y salarios.

Información sobre el empleo <input type="radio"/> Demandante <input type="radio"/> Víctima ¿Es la persona autónoma a nivel laboral? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO Puesto _____ Nombre del empleador _____ Contacto del empleador _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____ FAX _____ Fecha en que se fue del trabajo _____ Fecha de regreso al trabajo _____	Información sobre el empleo <input type="radio"/> Demandante <input type="radio"/> Víctima ¿Es la persona autónoma a nivel laboral? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO Puesto _____ Nombre del empleador _____ Contacto del empleador _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____ FAX _____ Fecha en que se fue del trabajo _____ Fecha de regreso al trabajo _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SECCIÓN 7. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO Y OTRAS FUENTES COLATERALES

Nombre de la compañía aseguradora _____ Teléfono _____	Nombre de la compañía aseguradora _____ Teléfono _____				
Nombre del agente _____ Número de póliza _____	Nombre del agente _____ Número de póliza _____				
Tipo de seguro <input type="radio"/> Vida <input type="radio"/> Sepelio <input type="radio"/> Médicos <input type="radio"/> Automotor <input type="radio"/> Otro	Tipo de seguro <input type="radio"/> Vida <input type="radio"/> Sepelio <input type="radio"/> Médicos <input type="radio"/> Automotor <input type="radio"/> Otro				
Nombre de la compañía aseguradora _____ Teléfono _____	Nombre de la compañía aseguradora _____ Teléfono _____				
Nombre del agente _____ Número de póliza _____	Nombre del agente _____ Número de póliza _____				
Tipo de seguro <input type="radio"/> Vida <input type="radio"/> Sepelio <input type="radio"/> Médicos <input type="radio"/> Automotor <input type="radio"/> Otro	Tipo de seguro <input type="radio"/> Vida <input type="radio"/> Sepelio <input type="radio"/> Médicos <input type="radio"/> Automotor <input type="radio"/> Otro				
Si recibió ingresos provenientes de alguna de estas fuentes, indique el monto recibido mensualmente.					
Seguro social _____	Seguro social por incapacidad _____	SNAP _____	TANF _____	Compensación para trabajadores _____	Otros _____

SECCIÓN 8. GASTOS DE SEPELIO/ENTIERRO

Adjunte copias de TODAS las facturas relacionadas con el sepelio y el entierro.

Si el pago de los gastos de sepelio y entierro provino de alguna de estas fuentes, indique el monto que pagó cada una de ellas.

Demandante _____	Seguro social _____	Seguro de sepelio _____	Seguro de vida _____	Beneficio para sepelio de veteranos _____	Otro _____
Nombre de la casa fúnebre, cementerio o empresa de servicios fúnebres _____	Nombre de la casa fúnebre, cementerio o empresa de servicios fúnebres _____				
Dirección _____	Dirección _____				
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____				
Teléfono _____ FAX _____	Teléfono _____ FAX _____				

SECCIÓN 9. OTROS GASTOS

Consulte la hoja de instrucciones para conocer los detalles de lo que podría solicitarse. Los gastos quedan sujetos a la aprobación de la ACVCC.

PÉRDIDAS ECONÓMICAS FUTURAS: pérdidas de dinero anticipadas ocasionadas por las lesiones o el fallecimiento de la víctima.	SERVICIOS DE REEMPLAZO: gastos en los que se incurre razonablemente para acceder a servicios habituales y necesarios que habría utilizado la víctima antes de sufrir la(s) lesión(es) o fallecer.
Gasto _____ Monto _____	Gasto _____ Monto _____
Gasto _____ Monto _____	Gasto _____ Monto _____
GASTOS DE MUDANZA: pueden otorgarse gastos por mudanza en casos en que el delito haya tenido lugar en la casa de la víctima, la víctima tema razonablemente por su vida si no se muda de su casa, o que sea necesario trasladar las pertenencias personales de la víctima, en caso de ser necesario. .	PÉRDIDA DE PROPIEDAD: Ventanas, cerraduras y anteojos recetados. La Comisión no proporciona pago por propiedad robada.
Gasto _____ Monto _____	Ventanas/Cerraduras _____ Monto _____
Gasto _____ Monto _____	Anteojos dañados _____ Monto _____

SECCIÓN 10. OTORGAMIENTO DE EMERGENCIA

Si decide solicitar fondos de emergencia, indique el monto que necesita y explique los motivos por los cuales lo solicita (máximo de \$1000).

Mover/Reubicación _____	Sueldos Perdidos _____	Sepelio/funeral _____	Limpieza de la escena _____	Recetas médicas _____	Procedimiento médico _____	Equipos Médicos _____
-------------------------	------------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------

SECCIÓN 11. RECUPERACIÓN FINANCIERA

La ley de Alabama le exige que notifique por escrito a la Comisión de Compensación a las Víctimas de Crímenes de Alabama en un plazo de 15 días a partir del inicio de cualquier procedimiento legal para recuperar la restitución o los daños o antes de cualquier intento de los reclamantes de llegar a una solución negociada. ALABAMA CODE § 15-23-14(c).

¿Se presentó algún tipo de demanda civil en relación con este caso? SÍ NO
¿Ha recibido dinero por los daños ocasionados por el hecho delictivo? SÍ NO

Si un abogado se encarga de la recuperación financiera por usted, proporcione el nombre del abogado y la información de contacto.

Nombre del abogado _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ FAX _____

AUTORIZACIÓN DE RECLAMOS

Divulgación de información: Por el presente, autorizo a toda institución financiera, agencia de servicios sociales, proveedor de servicios fúnebres, empresa de seguros, proveedor de servicios de atención médica o de salud mental, u organismo gubernamental estatal o federal a divulgar mi información a la ACVCC. Por el presente, autorizo a mi empleador o ex empleador a divulgar información sobre mi empleo a la ACVCC.

Oficina de procesamiento de los abogados: Acepto que la información relacionada con mi reclamo podrá divulgarse a la oficina de procesamiento de los abogados y/o a un organismo del cumplimiento de la ley.

Comprobación de antecedentes penales: Acepto que, en mi carácter de víctima o demandante, **deberé** someterme a una comprobación de antecedentes penales a fin de verificar si reúno los requisitos necesarios para acceder a beneficios de compensación.

Acuerdo de subrogación: Por el presente, acuerdo presentar ante la ACVCC un aviso por escrito dentro de los quince (15) días de iniciado cualquier tipo de procedimiento legal orientado a recuperar la restitución o subsanar los daños relacionados con el hecho delictivo del que he sido víctima. Acuerdo devolverle a la ACVCC el monto de las compensaciones recibidas en caso de que la pérdida económica que he sufrido se recupere u obtenga de otra fuente colateral. Comprendo que el hecho de no cumplir con el presente acuerdo puede derivar en acciones legales en mi contra.

Pago de beneficios: Comprendo que la ACVCC pagará el monto máximo posible en relación con los gastos y las pérdidas económicas. Comprendo que estos pagos pueden derivar en el desembolso de la totalidad de los beneficios de compensación para víctimas de delitos en relación con este reclamo. Asumo plena responsabilidad por informar a la ACVCC por escrito en caso de que no quiera que se destinen los beneficios máximos para este reclamo.

Divulgación de información a proveedores de servicios: Por el presente, autorizo a la ACVCC a divulgar información o registros sobre mi solicitud de asistencia a proveedores de servicios y sus representantes autorizados que soliciten información sobre el estado de mi reclamo pendiente. Comprendo que esta divulgación tiene por finalidad limitada el hecho de colaborar con los proveedores de servicios para que puedan determinar el estado del reclamo y recibir el pago por los servicios prestados.

Búsqueda de pólizas de seguro de vida: Autorizo a la ACVCC a buscar en la base de datos de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (NAIC) y cualquier otro recurso disponible para obtener una póliza de seguro de vida para la víctima fallecida para quien se presentó esta solicitud. Entiendo que el propósito de esta búsqueda es determinar si una fuente colateral de compensación está disponible o no.

Firme aquí si NO autoriza la divulgación de la información sobre el estado a proveedores de servicios.

Firma de la víctima o del demandante

Fecha

Partes autorizadas: Acepto por el presente que las partes que se mencionan a continuación se encuentran autorizadas a debatir sobre este reclamo. Entiendo que el estado solo se proporcionará a los empleados de los proveedores médicos.

Nombre	Teléfono	Relación	Nombre	Teléfono	Relación
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

¿Es víctima de trata de personas o de violencia doméstica ? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	¿Es ciudadano de los EE. UU. ? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	¿Es extranjero con presencia legal ? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

La ACVCC no ejerce ningún tipo de discriminación en virtud de la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, la religión, la edad, la información genética, el embarazo o la discapacidad para el empleo o el otorgamiento de beneficios de compensación. .

Por lo tanto, POR EL PRESENTE MANTENGO INDEMNES PARA SIEMPRE a la ACVCC y a sus representantes y agentes autorizados respecto de toda responsabilidad u obligación legal que pueda surgir a partir de la divulgación de la información antedicha. Al firmar este documento, asevero que la información suministrada en esta solicitud es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que, en caso de que exista algún tipo de prueba sustentable de que presenté un reclamo falso para el otorgamiento de fondos, el caso se derivará a la Oficina del Inspector General del Departamento de Justicia de los Estados Unidos para someter a investigación.

X

Firma de la víctima o del demandante

Nombre en imprenta de la víctima o del demandante

Fecha

Esta autorización debe llevar al firma de la víctima, excepto que haya fallecido, se encuentre incapacitada o sea menor de edad.

La persona que firme esta autorización deberá ser **mayor de 19 años**.

El demandante (si no se trata de la víctima) debe ser una persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la víctima.

Debe presentarse documentación relacionada con dicha autorización.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____

* La presentación de su número de seguro social es voluntaria. Sin embargo, el no tener su número de seguro social podría retardar el procesamiento de su reclamación.

1. Por el presente, autorizo a la Comisión de Compensación a las Víctimas de Crímenes de Alabama (ACVCC, por sus siglas en inglés) a obtener y usar mi información médica, psiquiátrica, sobre salud y facturación con el propósito de procesar la reclamación de mi compensación.
2. Autorizo a todos y cada uno de los proveedores de servicios, incluyendo médicos, hospitales, clínicas, laboratorios, psicólogos, enfermeras, asistentes de médicos y consejeros, a divulgar mi información de salud, médica, psiquiátrica y de facturación, que incluye un resumen del alta, informes del laboratorio, historial y exámenes físicos, procedimiento operativo, informes patológicos e información de facturación a la ACVCC y a sus agentes y empleados que actúen dentro del alcance de su empleo.
3. Comprendo que esta autorización es para toda la información de salud, médica, psiquiátrica y de facturación relacionada con mi victimización, que ocurrió el: _____.
4. Comprendo que tales informes médicos podrían contener información sobre afecciones psicológicas, de drogas y/o alcohol, y/o diagnóstico, tratamiento y cuidado de enfermedades de transmisión sexual o complicaciones relacionadas con estas, incluyendo sin restricción pruebas de VIH y sus correspondientes resultados. Comprendo que la información de salud, médica, psiquiátrica y de facturación a divulgar podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor de la información de salud, médica y de facturación, y ya no estar protegida por las Normas Federales de Privacidad.
5. Comprendo que esta autorización es voluntaria. Además, comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación escrita a la ACVCC. En caso de revocar la autorización, esta no tendrá ningún efecto sobre los usos y divulgaciones efectuados antes del recibo de la misma.
6. En caso de que esta autorización esté siendo firmada por un representante personal del paciente, se debe adjuntar a este documento una descripción de la autoridad de dicho individuo junto con la documentación apropiada de esta autoridad.
7. Esta autorización tendrá validez durante todo el procesamiento de la reclamación de mi compensación en la ACVCC y concluirá cuando la ACVCC haya cerrado la reclamación de mi compensación.

X

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Ya sea el paciente (víctima) o su representante deberán firmar y fechar esta autorización en caso de solicitar una consideración de los gastos médicos.



Kim Martin
INTERIM DIRECTOR

ALABAMA CRIME VICTIMS' COMPENSATION COMMISSION

P.O. Box 231267
Montgomery, AL 36123-1267



COMMISSIONERS
Holly Brown-Owens, Ph.D.
Sheriff Jay Jones
Hon. Darlene Hutchinson

ESTADO DE _____)
)
_____ CONDADO)

DECLARACIÓN JURADA DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL DE UNA VÍCTIMA DE UN CRIMEN MENOR DE EDAD (PARA RECLAMACIONES CON UNA VÍCTIMA QUE ES MENOR (NIÑO/A) SOLAMENTE)

Yo, _____, tras haber prestado debido juramento, testifico y declaro bajo juramento lo siguiente:
CLAIMANT'S PRINTED NAME

1. Soy mayor de diecinueve años.
2. Soy el/la _____, de la víctima, _____.
STATE WHETHER YOU ARE PARENT OR LEGAL GUARDIAN PRINT MINOR VICTIM'S NAME
3. Soy la persona legalmente autorizada para actuar en nombre de la víctima menor de edad.
4. Comprendo que esta información se usará para determinar quién es el padre, la madre o el tutor legal de la víctima menor de edad con el propósito de brindar los beneficios de compensación para las víctimas de un crimen.
5. Comprendo que prestar información falsa intencionadamente a la Comisión de Compensación a las Víctimas de Crímenes de Alabama con la intención de obtener beneficios compensatorios es una violación de la sección 15-23-21 del Código de Alabama (1995) y constituye un delito grave Clase C.

El deponente no tiene nada más que agregar.

X

RECLAMANTE (PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL)

ESTE DOCUMENTO DEBE SER NOTARIADO

STATE OF _____)
)
_____ COUNTY)

I, _____, a Notary Public in and for said County and State, hereby certify that, he/she, whose name is signed to the foregoing document, and who is known to me, acknowledged before me on this date that, being informed of the contents of said document, he or she executed the same voluntarily on the day the same bears date.

GIVEN UNDER MY HAND AND OFFICIAL SEAL OF OFFICE at _____ County, State of _____, on this the _____ day of _____, 20_____.

Notary Public

My Commission expires: _____

Reach for our helping hand.

334-290-4420 334-290-4455 (fax) 1-800-541-9388 (victims only)
www.acvcc.alabama.gov



Kim Martin
INTERIM DIRECTOR

ALABAMA CRIME VICTIMS' COMPENSATION COMMISSION

P.O. Box 231267
Montgomery, AL 36123-1267



COMMISSIONERS
Holly Brown-Owens, Ph.D.
Sheriff Jay Jones
Hon. Darlene Hutchinson

ESTADO DE _____)
_____)
_____ CONDADO)

DECLARACIÓN JURADA PARA EL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE O FAMILIAR MÁS CERCANO (ÚNICAMENTE PARA RECLAMOS POR FALLECIMIENTO/HOMICIDIO)

Yo, _____, después de haber primero jurado debidamente, declaro y manifiesto bajo juramento lo siguiente:
NOMBRE DEL SOLICITANTE

- Soy mayor de diecinueve años.
- Soy el/la _____, con la víctima
CÓNYUGE, HIJO/A, PADRE, MADRE, HERMANO, HERMANA, ABUELO/A, TÍA SOBREVIVIENTE, (ESPECIFIQUE OTRO PARENTESCO)
fallecida, _____.
NOMBRE DE LA VÍCTIMA
- Comprendo que esta información será utilizada con el fin de determinar quién es el familiar más cercano de la víctima fallecida y proporcionar los beneficios de compensación de víctimas de crímenes.
- Comprendo que enviar intencionalmente información falsa a la Comisión de compensación de víctimas de crímenes de Alabama con la intención de obtener beneficios de compensación es una violación a la sección 15-23-21 del Código de Alabama (1995) y es un delito de Clase C.

NOMBRES DE LOS SOBREVIVIENTES

Ingrese el nombre de los familiares vivos en las secciones apropiadas. Indique N/C si una sección no es aplicable. Complete incluso si usted solo tiene información parcial.

Cónyuge vivo de la víctima:

Nombre	Fecha de nacimiento	Dirección	Teléfono

Hijos menores de la víctima (menores de 19 años):

Nombre	Fecha de nacimiento	Dirección	Padre con custodia	Teléfono

Hijos mayores de la víctima (mayores de 19): años):

Nombre	Fecha de nacimiento	Dirección	Teléfono

EJECUTADO EN LA SIGUIENTE PÁGINA

X _____
INICIALES DEL SOLICITANTE

Reach for our helping hand.

334-290-4420 334-290-4455 (fax) 1-800-541-9388 (victims only)
www.acvcc.alabama.gov

Padre/madre de la víctima:

Nombre	Fecha de nacimiento	Dirección	Teléfono

Hermano(s)/hermana(s) de la víctima:

Nombre	Fecha de nacimiento	Dirección	Teléfono

Abuelos de la víctima:

Nombre	Fecha de nacimiento	Dirección	Teléfono

Tía(s)/tío(s) de la víctima:

Nombre	Fecha de nacimiento	Dirección	Teléfono

Otros familiares de la víctima (enumere sólo si no enumeró ningún familiar anteriormente):

Nombre	Fecha de nacimiento	Dirección	Teléfono	Parentesco con la víctima

El declarante no tiene nada más para declarar.

X

Firma de la víctima o el solicitante

Nombre de la víctima o del reclamante

ESTE DOCUMENTO DEBE SER NOTARIADO

STATE OF _____)
)
_____ COUNTY)

I, _____, a Notary Public in and for said County and State, hereby certify that, he/she, whose name is signed to the foregoing document, and who is known to me, acknowledged before me on this date that, being informed of the contents of said document, he or she executed the same voluntarily on the day the same bears date.

GIVEN UNDER MY HAND AND OFFICIAL SEAL OF OFFICE at _____ County, State of _____, on this the _____ day of _____, 20_____.

Notary Public
My Commission expires: _____